



Mestrado Integrado em Medicina

Cancro da mama na mulher: impacto na imagem corporal e na sexualidade

Sara Martins Alves de Oliveira

Orientadora: Dra. Sara Moreira

Co-orientadora: Dra. Margarida Branco

Porto, 2014

CANCRO DA MAMA NA MULHER: IMPACTO NA IMAGEM CORPORAL E NA SEXUALIDADE

Autora:

Sara Martins Alves de Oliveira

Orientadora:

Sara Mendes Moreira

Licenciada em Medicina, Especialização em Psiquiatria

Assistente Hospitalar Graduada – Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da

Saúde do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Porto

Psico-Oncologista pela Academia Portuguesa de Psico-Oncologia

Assistente Convidada do ICBAS

Co-orientadora:

Margarida Branco

Licenciada em Psicologia

Psicóloga na Unidade de Psiquiatria de Ligação – Unidade de Psiquiatria de Ligação e

Psicologia da Saúde do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Porto

Psico-Oncologista pela Academia Portuguesa de Psico-Oncologia

Filiação institucional:

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Contacto:

Endereço: Praça Carlos Alberto, n.º 88, 1.º J, Porto, PORTUGAL

Telefone: (+351) 911995657

E-mail: saraa_23@hotmail.com

Contagem de palavras:

Resumo/ Abstract: 282/266

Texto: 7022

Agradecimentos:

Não poderia deixar de agradecer às minhas orientadora e co-orientadora pela ajuda preciosa e pelos importantes conselhos que me deram.

Índice

Lista de siglas e abreviaturas	1
Resumo – palavras-chave	2
Abstract – keywords	3
Introdução	4
Métodos	5
Impacto do cancro da mama na imagem corporal e sexualidade	6
Fatores que podem influenciar o impacto do cancro da mama na imagem corporal e na sexualidade	
Fatores Médicos	
Cirurgia	8
Quimioterapia, Hormonoterapia e Radioterapia	10
Tempos após o tratamento	11
Comunicação e necessidades de informação	11
Fatores Psicossociais	
Características pessoais	13
Relações de intimidade	13
Antecedentes psiquiátricos e morbilidade psiquiátrica	14
Fatores Culturais	15
Identificação e avaliação das alterações da imagem corporal e sexualidade nas mulheres com cancro da mama	16
Intervenção	17
Terapia farmacológica	18
Métodos não farmacológicos	19
Intervenções psicossociais	
Aconselhamento de casal	20
Intervenção individual na mulher	20

Outras abordagens	21
Programas já existentes	22
Conclusões	23
Referências bibliográficas	24

Lista de siglas e abreviaturas

APA – Associação Americana de Psiquiatria

ASEX – *Arizona Sexual Experience Scale*

BIBCQ – *Body Image after Breast Cancer Questionnaire*

BIRS – *Body Image and Relationship Scale*

BIS – *Body Image Scale*

BITS – *Breast-Impact Treatment Scale*

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, 10.^a revisão

CM – Cancro da mama

DSM V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5.^a edição

EORTC – Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Cancro

FDA – *Food and Drug Administration*

FSFI – *Female Sexual Function Index*

ISRS – Inibidores seletivos da recaptação de serotonina

PDE5 – Fosfodiesterase tipo 5

QT – Quimioterapia

SABIS – *Sexual Adjustment and Body Image Scale*

Resumo

O cancro da mama é o tipo de cancro mais frequente e a segunda causa de morte por cancro na mulher, fazendo desta patologia um problema de saúde pública a ter em conta por todos os clínicos e pela sociedade, em todas as suas vertentes. O atingimento de um órgão tão carregado de simbolismo para o género feminino traz importantes repercussões tanto na autoimagem como na sexualidade.

O presente trabalho propõe-se compreender o impacto do cancro da mama na imagem corporal e sexualidade, identificar fatores que podem influenciar esse impacto e estratégias de deteção e intervenção dirigidas a mulheres afetadas por estes problemas. Procedeu-se a uma revisão da literatura acessível na Pubmed usando como palavras-chave “breast cancer”, “sexuality”, “body image”. Foram selecionados artigos com texto completo disponível, no período compreendido entre 2008 a 2013, escritos em inglês ou português, de revisão ou de investigação, referentes a cancro da mama na mulher.

Constatámos que os efeitos do cancro da mama na imagem corporal e sexualidade são dos mais referidos e valorizados. Vários fatores podem afetar a repercussão que o cancro da mama terá sobre esses efeitos, nomeadamente fatores médicos, psicossociais e culturais. A comunicação e a informação revestem-se de particular importância, contudo a investigação mostra que ainda há muita relutância dos profissionais de saúde em iniciarem uma discussão sobre estes assuntos, por falta de formação nestas áreas. Há várias escalas que podem ser aplicadas às doentes para avaliarem o seu grau de satisfação com a imagem e sexualidade e que começam a ser validadas em vários países, facilitando a identificação de doentes com estas problemáticas. A intervenção deve ser multidisciplinar e deve considerar a mulher na sua globalidade, não descurando os aspetos psicológicos.

Palavras-chave:

Cancro da mama, sexualidade, disfunção sexual, imagem corporal

Abstract

Breast cancer is the most common type of cancer and the second leading cause of cancer death in women, making this disease a public health problem to be taken into account for all clinicians and society in all its aspects. The impairment of an organ so full of symbolism for the female gender has important implications both in self-image and sexuality.

This study aims to understand the impact of breast cancer on body image and sexuality, identify factors that may influence this impact and detection and intervention strategies targeting women affected by these problems. A review of the available literature in PubMed was conducted using the keywords "breast cancer", "sexuality", "body image". Full text articles available were selected for the period between 2008 to 2013, written in English or Portuguese, revision or research articles, related to breast cancer in women.

We found that the effects of breast cancer in body image and sexuality are often referred and valued. Several factors may affect the repercussion that breast cancer will have on these effects, including medical, psycho-social and cultural factors. Communication and information are of particular importance, however research shows that there is still much reluctance of health professionals to initiate a discussion on these issues, because of lack of formation in these areas. There are several scales that can be applied to patients to assess their satisfaction with the image and sexuality and that begin to be validated in several countries, facilitating the identification of patients with these problems. The intervention should be multidisciplinary and consider the woman as a whole, bearing in mind the psychological aspects.

Keywords:

Breast cancer, sexuality, sexual dysfunction, body image

Introdução

O cancro da mama (CM) é o tipo de cancro mais frequente na mulher em todo o mundo, constituindo também a segunda causa de morte por cancro no sexo feminino. Graças aos avanços a nível de rastreio e tratamento, houve um aumento da sobrevivência (World Health Organisation, 2009). Por esta razão, atualmente, um dos aspetos fundamentais do tratamento consiste na avaliação da qualidade de vida da mulher ao longo da doença, valorizando-se o impacto a nível da imagem corporal e sexualidade (Lenahan, 2004).

A **imagem corporal** pode ser considerada como a maneira de se pensar no próprio corpo e de como o corpo é representado na mente. Essa representação mental não é apenas do corpo físico, que é refletido no espelho, é uma percepção dinâmica influenciada por emoções e experiências do dia-a-dia (Schilder 1999; Akkaya et al, 2011).

A OMS define **sexualidade** como “energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”. Diz também que “a sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e inclui o sexo, género, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. (...) A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais”. O conceito é algo complexo e tem vindo a sofrer algumas alterações ao longo do tempo. **Saúde sexual** é definida como “um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, não é apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade.” (WHO, 2006).

A **disfunção sexual** define-se na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como uma incapacidade frequente, de há pelo menos seis meses, do indivíduo ter a vida sexual que desejaria. Já a Associação Americana de Psiquiatria (APA), através do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, (DSM-IV), define a disfunção sexual como uma desordem psicofisiológica em qualquer fase do ciclo de resposta sexual (APA 2000, WHO 2000), considerando 5 categorias: distúrbio do

desejo sexual hipoativo, transtorno de excitação sexual feminina, transtorno do orgasmo feminino, dispareunia e vaginismo. Contudo, esta classificação não engloba a dimensão mais subjetiva da experiência sexual feminina. O diagnóstico, implica descartar outras condições médicas ou efeitos fisiológicos de medicamentos e a disfunção precisa de ter um impacto negativo no funcionamento da mulher, psicológico ou interpessoal (APA, 2000; Basson, 2005).

Considerando estes conceitos, esta revisão pretende compreender o impacto do cancro da mama na imagem corporal e na sexualidade da mulher, apontar fatores que podem influenciar o impacto do CM nessas alterações e ainda discutir estratégias para deteção destes problemas nas doentes e possíveis intervenções para a sua minimização.

Métodos

Esta revisão bibliográfica baseia-se na literatura encontrada na Pubmed usando como palavras-chave “breast cancer”, “sexuality”, “body image”. Foram selecionados apenas os artigos com texto completo disponível, no período compreendido entre 2008 a 2013, escritos em inglês ou português, tanto de revisão como de investigação, apenas referentes a cancro da mama na mulher.

Impacto na imagem corporal e sexualidade

A imagem corporal, como referido anteriormente, consiste na forma como alguém se vê/imagina a si próprio fisicamente (Collins et al. 2011).

A mama é considerada um símbolo da sexualidade e da feminilidade e como tal é um elemento essencial na autoimagem da mulher.

A cirurgia, sendo a primeira linha de tratamento do CM, causa uma disrupção da imagem corporal, que é considerada central para o sofrimento destas doentes. (Andersen & Jochimsen, 2009).

Além da “mutilação” originada pela cirurgia, há outras alterações na imagem corporal, a considerar, nomeadamente a alopecia provocada pela quimioterapia, o aumento do peso e a ocorrência de linfedema no membro superior como consequência da exérese dos gânglios linfáticos da região axilar correspondente, levando a diminuição da funcionalidade do membro (Santos e Vieira, 2011).

A mulher sente comprometida a sua imagem e, nas fases iniciais, pode sentir-se limitada na escolha de roupas mais atraentes e é frequente sentir medo quando toca essa parte do seu corpo, especialmente durante a higiene, ou quando olha para o espelho. Em algumas mulheres ocorre mesmo um conflito com o espelho com sentimentos de nojo e repulsa. Estes sentimentos podem causar uma diminuição na autoestima e levar a uma atitude de introversão, timidez, insegurança e inibição social, que não existia antes do problema ou pelo menos não era tão marcante (Arroyo & López 2011).

Num estudo, 33 mulheres com uma idade média de 50 anos e cancro de mama em estadios 0,I,II ou III foram inquiridas acerca da sua imagem no pós-tratamento. Os resultados mostraram que 42% das doentes estavam muito confortáveis com a aparência do peito enquanto completamente vestidas e sozinhas, mas apenas 27% das doentes estavam confortáveis com a aparência enquanto nuas e sozinhas. Só 12% se consideravam muito satisfeitas com o aspeto geral do peito. Cinquenta e cinco por cento classificaram o tamanho do peito como algo importante (Cohen et al. 2012).

No entanto, alguns estudos sugerem que a disrupção da imagem corporal não é tão prevalente em doentes com CM, como comumente se acredita (Andersen & Jochimsen 2009). Por exemplo, num estudo com mulheres afroamericanas, apenas

uma minoria de mulheres (23%) não se sentiu sexualmente atraente após o tratamento do CM. Vinte e nove por cento classificaram-se como pouco atraentes, e 39% sentiam-se muito atraentes (Lewis et al. 2012).

Os problemas relativos à sexualidade estão intimamente relacionados com as questões da alteração da autoimagem ocasionada pelo CM e são dos efeitos mais frequentes, duradouros e com mais impacto na qualidade de vida.

Emilee et al., numa revisão sobre a sexualidade após o CM, destacaram a importância de como a mulher vivencia as alterações na sexualidade no seu intrapsíquico. Essa experiência inclui o medo da perda de fertilidade, a imagem corporal negativa, sentimentos de falta de atração sexual, de perda da feminilidade, depressão e ansiedade. Os autores concluíram que a sexualidade no contexto do CM não pode considerar o corpo físico separado da experiência intrapsíquica da mulher, ou seja, a disfunção sexual engloba um amplo espectro de questões relacionadas com a sexualidade que engloba a mulher na sua totalidade, não sendo possível separar o corpo dos aspetos psicológicos (Alder et al. 2008, Emilee et al. 2010).

Na população feminina adulta em geral, entre 9-43% diz ter problemas sexuais, sendo o baixo desejo o mais comumente relatado (39%; causando sofrimento em 10-14%), seguido pela baixa excitação (26%; causando sofrimento em 5%) e dificuldades do orgasmo (21%; causando angústia em 5%). As taxas relatadas de dispareunia e vaginismo são cerca de 16% (Panjary et al. 2011; Pinto, 2013).

Nas mulheres com CM, a diminuição do desejo é também a forma de disfunção mais frequente, mas têm maiores percentagens de vaginismo e dispareunia, quando comparadas com mulheres saudáveis (Bober & Varela, 2012; Lewis et al. 2012; Stan et al. 2013; Wang et al. 2013).

Já um estudo, que comparou 16 mulheres saudáveis (grupo controlo) com 16 mulheres com CM em estadio II tratadas com mastectomia unilateral e QT adjuvante, mostrou que a única diferença na prática sexual entre mulheres com CM e mulheres saudáveis era a diminuição na frequência de comportamentos sexuais como o beijo e a relação sexual e a diminuição do nível de excitação, não tendo sido encontradas diferenças nem ao nível do desejo nem do orgasmo. O mesmo estudo também comparou o grupo de 16 mulheres com CM a 16 mulheres com cancro ginecológico, revelando que quase não há diferenças na avaliação que fazem da sua sexualidade, com exceção da frequência do beijo, que foi menor nas mulheres com CM. Para

explicar este resultado levantou-se a hipótese de a alteração no corpo resultante da cirurgia de mama produzir maior relutância entre estas mulheres para qualquer tipo de comportamento sexual ou afetivo que inclua contacto próximo do corpo. Da mesma forma, os parceiros sexuais de doentes com CM também podem sentir algum constrangimento quando querem abraçar e beijar a cónjuge por medo de a ferirem no local da cirurgia ou, eventualmente, lembrá-la da mudança na forma (Andersen & Jochimsen, 2009).

Num estudo feito na China com 20 mulheres com CM, a percentagem de disfunção sexual chegou aos 90%. Dezoito das 20 pacientes relataram uma redução significativa na frequência de atividades sexuais após o diagnóstico. Quase metade das pacientes responderam que se abstiveram de relações sexuais após o diagnóstico, e algumas pacientes indicaram que apenas tiveram relações sexuais uma ou duas vezes por ano. Algumas das que continuaram a ter relações sexuais fizeram-no apenas para agradar ao parceiro, sem sentirem qualquer desejo ou prazer (Wang et al. 2013).

Num estudo do Irão, os resultados indicaram que 52% das doentes com CM no pré-tratamento e 84% no pós-tratamento sofreram de disfunção sexual (Harirchi et al. 2012).

Fatores que podem influenciar o impacto do cancro da mama na imagem corporal e na sexualidade

Fatores Médicos

Cirurgia

Langellier e Sullivan identificaram no discurso e na experiência de mulheres com CM quatro "tipos de mama" diferentes (Langellier & Sullivan, 1998): (I) a "mama medicalizada", a parte do corpo doente, cuja remoção é geralmente acompanhada de alívio; (II) o símbolo "mama funcional" da qualidade maternal da mulher, particularmente importante no seu relacionamento com os filhos; (III) a "mama de género", sinónimo de feminilidade, beleza e atratividade sexual, nas esferas pessoais e sociais; (IV) a "mama sexualizada", pertencente às sensações táteis e visuais do próprio órgão. Esta divisão ajuda a explicar o porquê de as mulheres poderem ter sentimentos diferentes em relação à experiência do tratamento cirúrgico do CM. Algumas podem ficar aliviadas com a realização da mastectomia radical por sentirem que assim ficaram curadas, outras podem não lidar tão bem com as alterações

provocadas por esta cirurgia, porque sentem que perderam algo que era importante para a sua imagem corporal.

Halsted, o fundador da cirurgia de mama, escreveu em 1891 que "a deficiência é irrelevante em comparação com a vida da paciente. Além disso, estas doentes têm uma média de quase 55 anos." (Arroyo & López, 2011). Estas alegações não fazem sentido, pois a qualidade de vida implica muito mais do que apenas a cura da doença e, no caso do CM, em que o tratamento incide sobre um símbolo feminino tão importante, aspetos como o bem-estar sexual e a imagem corporal têm de ser valorizados, independentemente da idade da doente.

Neste sentido, a abordagem conservadora e a reconstrução mamária foram dois importantes progressos na cirurgia da mama, que constitui o tratamento de primeira linha do CM. No entanto, apesar dos avanços técnicos, a mastectomia continua a ser praticada em 40% dos casos de CM (Arroyo & López, 2011).

Alguns dos estudos mostram que não há diferença no impacto na sexualidade entre mastectomia e cirurgia conservadora, mas as mulheres com cirurgias conservadoras ficam mais confortáveis com a nudez e têm melhor perceção da sua autoimagem. Há alguma evidência de que a cirurgia conservadora oferece maior proteção psicológica às mulheres mais novas (Pinto, 2013).

A reconstrução mamária parece reduzir os efeitos negativos tanto na autoimagem como na sexualidade, mas muitas mulheres queixam-se de não terem sido devidamente informadas sobre os efeitos secundários da cirurgia, nomeadamente a perda da sensibilidade nos mamilos, que ocorre em mais de 90% dos casos e que pode afetar o funcionamento sexual (Snell et al. 2010; Bober & Varela, 2012).

Num estudo, doentes submetidas a mastectomia seguida de reconstrução relataram significativamente mais problemas com a imagem corporal, quando comparadas com doentes que fizeram mastectomia sem reconstrução, numa entrevista seis meses após a cirurgia. Nesta fase, as doentes que também fizeram reconstrução podem experimentar mais efeitos colaterais cirúrgicos, como um aumento da probabilidade de infeções da ferida cirúrgica, e atraso na cicatrização (Falk et al. 2010; Collins et al. 2011).

É de realçar que incluir a mulher na decisão da abordagem cirúrgica (*empowerment*) é um fator determinante no grau de satisfação mais relevante do que propriamente o

resultado da cirurgia, daí a grande importância de se discutir o tratamento com as doentes e de lhes dar um papel ativo nas decisões médicas (Pinto, 2013).

Uma investigação interessante conduzida na Turquia comparou mulheres mastectomizadas com homens e mulheres amputados de um membro avaliando a distorção da imagem corporal, encontrando-se resultados piores para as mastectomizadas. Oitenta por cento das mulheres tinham prótese mamária, verificando-se que as próteses são insuficientes para melhorar a autoimagem (Akkaya et al. 2011).

Quimioterapia, Hormonoterapia e Radioterapia

As mulheres que fazem tratamento de quimioterapia (QT) estão mais sujeitas a desenvolverem disfunção sexual, devido à menopausa quimicamente induzida. A falência ovárica induzida pela QT com baixa dos estrogénios, causa uma menopausa precoce muito sintomática, com atrofia vaginal e perda da libido, causando ainda alopecia, alterações nas unhas e ganho ou perda de peso, entre outros efeitos, que têm impacto na imagem corporal (Pinto, 2013). Isto é da maior importância nas mulheres mais jovens em idade fértil, que correspondem a cerca de 25% dos diagnósticos (Duijts et al. 2009).

Nas mulheres pós-menopausa, também há um declínio significativo da função sexual após a QT (Cavalheiro et al. 2012).

As alterações na função sexual provocadas por medicamentos antineoplásicos podem ser temporárias ou permanentes e dependem em grande parte da classe do fármaco, dose, do horário de administração e do tempo de duração da terapêutica, bem como do uso concomitante de outros antineoplásicos ou medicamentos que podem modular a sua ação. A falência ovárica primária é mais comum com agentes alquilantes, antimetabólitos, alcalóides da vinca, protocolos de combinação e regimes de altas doses. Os fármacos que atuam sobre o sistema imunológico, como os anticorpos monoclonais (trastuzumab e pertuzumab) ou fatores estimuladores de colónias podem causar fadiga, sintomas de gripe e dor óssea, interferindo na diminuição do desejo sexual e alterando a imagem corporal. Outros agentes direcionados, como inibidores da tirosina quinase (lapatinib e everolimus), ou agentes antiangiogénicos (bevacizumab) têm efeitos adversos, tais como fadiga, diarreia, erupções cutâneas e hipertensão, que, além de efeitos a nível físico, podem potencialmente levar à diminuição do interesse na atividade sexual e isolamento social (Pinto, 2013).

Tratamentos hormonais, tais como os antiestrogénios, antagonistas dos recetores de estrogénio, inibidores de aromatase (raramente usados em pacientes na pré-menopausa) e a hormona estimuladora de gonadotrofinas (GnRH) têm efeitos similares sobre a função sexual, nomeadamente falta de lubrificação genital e dispareunia subsequente (reversíveis após o fim do tratamento), sintomas vasomotores, diminuição da libido, distúrbios do sono, ganho de peso e alterações de humor. O tamoxifeno é uma exceção, pois não está associado a disfunção sexual e o seu efeito estrogénico no epitélio vaginal pode até prevenir a secura vaginal (Krebs, 2012, Stan et al. 2012).

Em relação à radioterapia, um estudo mostrou que o tipo de radioterapia tem influência na imagem corporal, com melhores resultados quando esta é planeada por tomografia, em vez de manualmente, pois a primeira causa menos alterações da pele (Falk et al. 2010). O seu impacto na sexualidade é menor quando comparado com o da QT (Gilbert et al. 2010).

Os medicamentos mais utilizados para tratar os efeitos colaterais da quimioterapia, como náuseas e vômitos, também têm efeitos anti-serotoninérgicos e anti-dopaminérgicos e, portanto, podem provocar consequências semelhantes aos antidepressivos e ansiolíticos a nível do funcionamento sexual (Pinto, 2013).

Tempo após tratamento

Alguns estudos falharam em mostrar que o impacto é diferente consoante o intervalo de tempo decorrido desde o diagnóstico/tratamento, sugerindo que a maioria destas alterações é permanente e não apenas transitória (Andersen & Jochimsen, 2009). Segundo outros estudos, o impacto sobre a autoimagem e sexualidade pareceu ser maior no primeiro ano (Gilbert et al. 2010; Pinto, 2013). As alterações na sexualidade podem perdurar por muito tempo. A disfunção sexual induzida pela QT tende a ser maior logo após o tratamento e pode resolver até dez anos após o tratamento (Stan et al. 2013).

Comunicação e necessidades de informação

Embora a mulher muitas vezes procure ajuda médica para questões relacionadas com a doença oncológica em si, raramente o faz de forma espontânea para problemas sexuais. A falta de privacidade e de apoio externo pode impedi-la de discutir estas questões durante as consultas ou durante o internamento. Menos de um terço das mulheres relatam ter discutido questões de sexualidade com um profissional de saúde.

Dessas, poucas relatam satisfação com a informação dada na consulta, e, geralmente, essas discussões só ocorrem se o médico abordar o assunto (Wang et al. 2013).

Um estudo mostrou que muitas das doentes estão mal informadas e referem não saber se a atividade sexual é aconselhada ou não. Nessa amostra, quase todas desejavam ter informação escrita sobre o retomar da atividade sexual após o CM e algumas referiram não falar com o médico por vergonha. Entre as que enfrentaram problemas sexuais, apenas 70,6% procuraram ativamente ajuda ou informação externa. As doentes obtiveram conhecimentos sobre estas questões através de outras mulheres com CM (57,2%), amigos (44,4%), ou da Internet (30,0%). Onze por cento acharam que o sexo devia ser evitado, por ser prejudicial. Quase 92% manifestaram desejo de uma consulta com um profissional para abordar os problemas sexuais após o diagnóstico e tratamento do cancro (Wang et al. 2013).

Lewis verificou que 73% das mulheres referiram que os profissionais de saúde nunca abordaram aspetos relacionados com a sexualidade. Nove por cento receberam alguma informação mínima e 18% lembraram-se de ter havido um momento para abordar o tema sexualidade e CM. Mais de metade das mulheres (52%) gostaria de ter mais informações da sua equipa médica sobre este assunto (Lewis et al. 2012). Numa investigação em Marrocos, 100% das mulheres não tinham falado com o médico sobre questões de ordem sexual nem tinham tido nenhum tipo de informação (Sbitti et al. 2011).

Poucos estudos abordam a comunicação entre mulheres com CM e os seus médicos sobre a imagem corporal. Cohen et al. evidenciaram que quase 70% das mulheres acreditavam que os seus profissionais de saúde podiam fazer mais para que elas se sentissem mais confortáveis na discussão das preocupações relativas à imagem corporal (Cohen et al. 2012).

O facto de estas mulheres não terem um aconselhamento médico adequado pode aumentar o impacto destas problemáticas. Por não possuírem informação importante também estarão menos alertadas para solicitar ajuda.

Fatores Psicossociais

Características pessoais

A idade condiciona o impacto que o CM tem na sexualidade e autoimagem, com os efeitos a serem mais graves nas mulheres mais novas (Duijts et al. 2009; Bober & Varela, 2012). Em idades mais jovens, a mulher está numa fase de consolidação da estabilidade a nível profissional e conjugal e, frequentemente, tem o projeto de maternidade, pelo que o diagnóstico de CM pode alterar as suas expectativas (Pinto, 2013).

De acordo com Den Oudsten et al., as duas variáveis que afetam a sexualidade da mulher com CM após o tratamento cirúrgico são a personalidade e fatores psicológicos (Den Oudsten et al. 2010).

Um estudo refere que as mulheres que têm mais dificuldades e que podem ser mais afetadas pela doença são aquelas que dedicam muito tempo e energia a cuidar do corpo, a fim de preservar a sua aparência física, mulheres que privilegiam essencialmente o aspeto físico. Isto é especialmente importante nos casos em que a doente depende do corpo para o exercício da sua atividade profissional. Assim, estão em maior risco mulheres (a) que se valorizam através do seu corpo, (b) que consideram o seu peito como um fator muito importante do desejo, e, acima de tudo, (c) que têm a expectativa de corpo ideal (Arroyo & López, 2011).

No entanto, em geral, as mulheres com uma melhor autoimagem corporal antes do diagnóstico lidam melhor e têm índices mais elevados de satisfação sexual do que as mulheres com uma imagem corporal desvalorizada antes da doença (Pinto, 2013).

Relações de intimidade

A qualidade de relacionamento com o parceiro é um preditor crítico do funcionamento sexual, ultrapassando as mudanças físicas como fator determinante para a saúde sexual. A compreensão do parceiro e a aceitação, um forte vínculo íntimo e uma boa comunicação ajudam no processo de renegociação sexual que se segue à experiência oncológica. As mulheres jovens e os seus parceiros parecem precisar do foco adicional dos profissionais de saúde, uma vez que os jovens companheiros são menos capazes de lidar com a doença e também com o cuidado dos filhos (Gilbert et al. 2010; Pinto, 2013; Stan et al. 2013).

As dificuldades sexuais poderão estar na origem da maior incidência de problemas conjugais entre as mulheres com cancro de mama em comparação com as que têm doenças benignas (Andersen & Jochimsen, 2009).

Num estudo, 50% consideraram que o tumor tinha interferido muito com o seu relacionamento, enquanto 31% consideraram que os relacionamentos não mudaram devido ao cancro (Lewis et al. 2012). De acordo com Sbitti et al., 20% das mulheres casadas com CM divorciaram-se após o tratamento (Sbitti et al. 2009), acreditando que tal se devia a terem perdido toda a intimidade com o parceiro (Wang et al. 2013).

Há também autores que evidenciaram nos seus trabalhos que as avaliações das mulheres da sua vida sexual após o diagnóstico foram independentes da adaptação conjugal ao CM (Andersen & Jochimsen, 2009).

É importante perceber se essas mulheres já tinham problemas no funcionamento sexual anteriores ao diagnóstico de CM, pois com disfunção sexual prévia o CM terá ainda maior impacto na sexualidade (Harirchi et al. 2012).

Em mulheres solteiras, o impacto na autoimagem foi maior do que em mulheres casadas e 55% tinham dificuldade em iniciar uma relação amorosa, sobretudo por vergonha de mostrarem o corpo alterado e de terem de falar da doença (Arroyo & López, 2011; Lewis et al. 2012).

Antecedentes psiquiátricos e morbilidade psiquiátrica

As mulheres com antecedentes prévios de ansiedade e depressão reagem pior às alterações na autoimagem e sexualidade provocadas pelo CM (Gilbert et al. 2010). Estes distúrbios psiquiátricos também são altamente prevalentes em doentes com CM. Os sintomas depressivos são particularmente acentuados após o diagnóstico e durante a fase de tratamento ativo e também mostram fortes correlações com disfunção sexual, especialmente nos domínios do baixo desejo e anorgasmia (Pinto & de Azambuja, 2011). Os antidepressivos, muito utilizados no tratamento destas situações, têm efeitos secundários bem reconhecidos sobre a função sexual. Isto decorre da sua interferência com os neurotransmissores, nomeadamente com a serotonina, que atuam na modulação central da resposta sexual (Krebs, 2012). Assim, será importante escolher os fármacos que tenham menos efeitos colaterais a esse nível. Os beta-bloqueadores, atualmente raramente prescritos para a ansiedade, também têm um impacto negativo sobre a sexualidade (Pinto, 2013).

Fatores Culturais

Os trabalhos desenvolvidos sobre os aspetos transculturais indicam que a satisfação sexual é menor nas mulheres onde culturalmente os papéis de género são desiguais (Christie et al. 2010).

As mulheres afroamericanas são as que têm a maior taxa de cancro de mama na pré-menopausa em relação a qualquer grupo étnico dos Estados Unidos. Mulheres afroamericanas com menos de 45 anos têm um risco mais elevado de CM em comparação com mulheres brancas, especialmente mulheres com menos de 30 anos, que têm taxas de CM 52% superiores às das mulheres brancas. A mortalidade também é desproporcionalmente elevada nestas mulheres devido a uma complexa interação de fatores biológicos e desigualdades no acesso à saúde. Também sentiram que era mais difícil discutir abertamente o cancro e encontrar recursos de saúde para as mulheres da sua etnia, o que as levou a desenvolver sentimentos de isolamento. Neste grupo étnico, a espiritualidade e a autoconfiança podem ajudar na adaptação, mas os tabus culturais que envolvem a saúde feminina e o facto de serem diagnosticadas em idades inferiores são fatores que agravam o impacto do CM (Lewis et al. 2012).

As visões tradicionais na China, particularmente na China rural, sugerem que as mulheres devem evitar a atividade sexual após o diagnóstico e tratamento do cancro de mama, pois acreditam que desse modo poder-se-ão aumentar os níveis hormonais piorando a situação clínica, o que também pode ter impacto na vida conjugal como já mencionado anteriormente. Estas mulheres também têm mais vergonha de falar nestes assuntos. A disfunção sexual neste grupo atingiu quase os 90%. Além disso, a cirurgia conservadora não é frequente neste país o que acarreta maior dano na imagem corporal (Wang et al. 2013).

Encontramos, assim, nos vários estudos alguns fatores que tornam a mulher mais suscetível a apresentar alterações a nível da imagem corporal e sexualidade, nomeadamente ser jovem, solteira ou estar num relacionamento amoroso com má qualidade, baixa autoestima ou mulheres cuja autoestima dependia essencialmente do corpo, antecedentes psiquiátricos, comorbilidade psiquiátrica, disfunção sexual prévia, tratamento com mastectomia sem reconstrução, quimioterapia, limitações impostas pelo contexto cultural.

A identificação destes fatores é importante, pois estas mulheres poderão beneficiar de intervenções antes do tratamento destinadas a melhorar a imagem do corpo (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental) e a promover a saúde sexual (Miller et al. 2013).

Identificação e avaliação das alterações na imagem corporal e sexualidade nas mulheres com cancro da mama

O passo principal para identificar as mulheres com estes problemas consiste em melhorar a qualidade da comunicação entre estas e as equipas de saúde. As evidências mostram que os profissionais de saúde muitas vezes sentem-se relutantes e desconfortáveis em levantar estes assuntos sobre a imagem corporal e sexualidade, por causa da formação escassa nesta matéria, constrangimento pessoal ou da própria doente ou falta de tempo. Alguns dados sugerem que as doentes estão muito disponíveis e interessadas em debater o assunto, apesar de preferirem que seja o médico a iniciar a discussão. Por vezes, fazem-no mais facilmente com o clínico geral do que com o seu oncologista (Pinto, 2013; Stan et al. 2013). Um estudo mostrou que os médicos acreditam sentirem-se confortáveis a discutir estas matérias, embora acabem por não iniciar uma conversa sobre o assunto na maioria das vezes (Cohen et al. 2012).

Além da comunicação com a doente, no que respeita à disfunção sexual, a avaliação combina a identificação dos critérios de diagnóstico por meio de uma história médica e sexual completa com um exame ginecológico (que é obrigatório para perturbações de dispareunia, mas deve ser realizado em todas as doentes com queixas sexuais, porque pode revelar fatores etiológicos loco-regionais e co-morbididades possíveis) (Pinto, 2013).

Uma ferramenta de triagem de disfunção sexual seria útil na prática clínica e na pesquisa, no entanto, nenhuma escala foi ainda identificada como *gold standard* para esta finalidade (Bartula & Sherman, 2013). Apesar disso, tem sido realizada investigação nesse sentido.

Um estudo identificou três escalas para avaliação de disfunção sexual que podem ser usadas no CM: ASEX (*Arizona Sexual Experience Scale*), FSFI (*Female Sexual Function Index*) e Escala de Problemas Sexuais. As duas últimas visam as dimensões da disfunção sexual segundo os critérios da DSMV/CID10, embora nenhuma contemple a dimensão de *distress* (sofrimento emocional). A Escala de Problemas Sexuais parece ser a mais prática em termos de aplicação e tem em conta também a

variável parceiro (Bartula & Sherman, 2013). Destas três, o questionário mais utilizado é o FSFI, que é um questionário de 19 itens relativos a seis domínios: desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.

Também há escalas para avaliar somente a imagem corporal ou que contemplam tanto a imagem corporal como a sexualidade.

A escala de imagem corporal (BIS - *Body Image Scale*) foi desenvolvida por Hopwood et al., em colaboração com o Grupo de Estudo de Qualidade de Vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Cancro (EORTC). É composta por 10 itens, que consideram as vertentes afetiva, comportamental e cognitiva da imagem corporal. A escala foi validada entre doentes com CM, revelando-se uma medida adequada e válida da imagem corporal (Fadaei et al. 2011). Uma outra escala, o BIBCQ (*Body Image after Breast Cancer Questionnaire*), tem como objetivo acompanhar o impacto na imagem corporal a longo prazo e parece ser a que permite uma avaliação mais ampliada da imagem corporal, pois tem em conta a satisfação, o comportamento, a cognição e a afetividade. Já a BIRS (*Body Image and Relationship Scale*) avalia o impacto do CM e seu tratamento em três dimensões: força e saúde, barreiras sociais, aparência e sexualidade. No entanto, parece carecer de mais estudos para a sua aprovação. A BITS (*Breast-Impact Treatment Scale*) é simples e sensível e permite avaliar o stress associado às alterações da imagem corporal causadas pela cirurgia. A SABIS (*Sexual Adjustment and Body Image Scale*) permite avaliar as duas dimensões: imagem corporal e sexualidade (Gonçalves et al. 2012).

Intervenção

Enquanto o tratamento do CM depende mais do estadio da doença e histologia do tumor, o tratamento dos efeitos do CM na sexualidade e autoimagem depende de cada mulher, nomeadamente da sua idade, como já foi referido. A intervenção deve ser, por isso, individualizada, considerando cada mulher na sua globalidade. Idealmente, a abordagem deve contar com a participação do parceiro, deve ser feita por uma equipa multidisciplinar, que inclua médico oncologista, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, terapeuta sexual e fisioterapeuta e deve envolver também o médico de família (Krychman & Katz, 2012; Pinto, 2013).

Quando o tratamento do CM é planeado, é importante fornecer informações sobre os seus possíveis efeitos na imagem corporal e no funcionamento sexual da doente (Wang et al. 2013). Por exemplo, a Sociedade Americana de Oncologia Clínica, recomendou que os oncologistas deviam abordar a possibilidade de infertilidade com

todas as doentes que vão ser tratadas com terapia adjuvante sistémica durante o seu período fértil, e deviam estar preparados para discutir possíveis opções de preservação da fertilidade ou para encaminhar as pacientes para especialistas o mais cedo possível durante o planeamento do tratamento. No entanto, vários estudos têm mostrado que essas discussões e encaminhamentos muitas vezes não acontecem (Ali & Warner, 2013).

O tratamento da disfunção sexual exige múltiplas abordagens que envolvem a educação, o tratamento de condições clínicas subjacentes (por exemplo, alteração de um antidepressivo por outro de uma classe diferente, com um perfil melhor sobre efeitos a nível da função sexual) e modificações do estilo de vida. Um dos modelos de abordagem da sexualidade mais aceite e que poderia ser útil em oncologia é o modelo PLISSIT criado por Annon: *Permission* (para discutir o assunto), *Limited Information* (para não sobrecarregar o paciente), *Specific Suggetions* (informação pragmática) e *Intensive Therapy* (no caso de encaminhamento especializado necessário) (Pinto, 2013). Existem poucos tratamentos amplamente aceites e avaliados quanto à eficácia e segurança para os problemas sexuais na população com CM. No entanto, estão a ser feitos progressos na procura de soluções inovadoras para muitos dos problemas sexuais vividos pelas mulheres e os seus parceiros (Krychman & Katz, 2012).

Terapias farmacológicas

O uso de terapia de substituição hormonal para o tratamento de sintomas da menopausa é contraindicado pelo risco de recidiva do cancro. No entanto, alguns médicos prescrevem estrogénios locais, que são menos absorvidos, a mulheres que não melhoram com terapia não hormonal. A prescrição destes produtos não é aprovada pela FDA para mulheres com CM. As doentes submetidas a esse tipo de tratamento devem ser aconselhadas e fornecer o seu consentimento explícito e informado (Krychman & Katz, 2012).

Há opções que não aumentam os níveis hormonais, tais como tamoxifeno intravaginal e tabletes de ospemifene. Óvulos vaginais de deidroepiandrosterona (DHEA) são outra possibilidade. Também não foram aprovados pela FDA e permanecem em fase experimental, no entanto, têm mostrado alguma promessa no tratamento da atrofia vaginal e no desejo sexual hipoativo. O gel de testosterona intravaginal foi pensado para ajudar na dispareunia e secura vaginal sem aumentar o estradiol. Testosterona sistémica continua a ser controversa e não foi validada, mas pode ajudar. Mais estudos são necessários para determinar o risco-benefício em doentes com CM, pois

poderá ocorrer aromatização dos androgénios em estrogénio, que será prejudicial (Pinto, 2013).

Algumas mulheres tomam inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) para os sintomas vasomotores da menopausa. Estas medicações podem ter efeitos secundários negativos na sexualidade. Em algumas mulheres, o antidepressivo bupropiona aumenta o desejo sexual e satisfação, mas este fármaco não foi estudado em pacientes com CM. Mais estudos são necessários e os prescritores devem ser cautelosos (Krychman & Katz, 2012).

O sildenafil (um tipo de inibidor da PDE5) está a ser estudado no tratamento da disfunção sexual causada por ISRS. Não se sabe ainda se o seu uso é seguro para as doentes ou mulheres com risco de cancro de mama (Krychman & Katz, 2012).

O PT 141 (bremelanotide) é um fármaco não hormonal que está a ser estudado para uso nas mulheres na pré-menopausa com perturbação de excitação sexual feminina e do desejo sexual hipoativo. Até agora, os resultados parecem promissores. Se eles forem confirmados, este tratamento pode ser adequado para pacientes com CM com disfunção sexual (Krychman & Katz, 2012).

Métodos não farmacológicos

Há vários lubrificantes disponíveis: lubrificantes à base de água, que são compatíveis com o látex, à base de petróleo que não devem ser usados com preservativos, diafragmas e tampões cervicais, óleos naturais, tais como os de abacate, azeite, amendoim, e milho e produtos à base de plantas. Alguns produtos contêm aditivos, tais como perfumes, corantes e sabores que podem ser irritativos para uma mucosa que já é sensível ou atrofiada. Vários estudos têm mostrado que os lubrificantes vaginais não-estrogénicos e hidratantes parecem diminuir moderadamente a ocorrência de secura vaginal e dispareunia. Os lubrificantes devem ser usados apenas quando necessário (antes e durante a relação), os hidratantes devem ser usados regularmente. Isto deverá ser ensinado às doentes (Stan et al. 2013; Wang et al. 2013).

Vibradores e auto-estimuladores são outras opções de tratamento. Atividade sexual regular também é útil para a atrofia vaginal (Krychman & Katz, 2012).

Intervenções psicossociais

Aconselhamento de casal

Muitos casais podem ter problemas sexuais e de relacionamento depois do cancro de mama. Em muitos casos, as intervenções que incidem sobre o casal com participação do parceiro são mais benéficas do que aquelas que incidem apenas sobre a mulher. Alguns exemplos são a educação no diagnóstico e tratamento do CM, promovendo apoio mútuo, a terapia sexual e desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas e estratégias de adaptação/*coping*. O aconselhamento de casal também pode ajudar com a percepção da imagem corporal da mulher e na compreensão de como a resposta do seu parceiro ao seu corpo pode desempenhar um papel importante (Arroyo & López, 2011). A terapia de casal tem provado ser uma das estratégias não farmacológicas mais eficazes. Programas de aconselhamento ou terapia sexual de curto prazo podem produzir resultados positivos (Pinto, 2013).

Alguns estudos revelaram que os parceiros de doentes com CM apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva e má qualidade de vida a nível social, psicológico e físico, quando comparados com parceiros de mulheres saudáveis. Mais pesquisas com os parceiros poderiam fornecer informação mais precisa. Também seria útil usar questionários padronizados para avaliar o impacto no bem-estar psicológico e a associação de mudanças no bem-estar sexual com a dinâmica do relacionamento e satisfação (Wang et al. 2013).

Intervenções dirigidas à mulher

Muitas mulheres inibem-se de falar destes assuntos com familiares e amigos, pois sentem que há uma censura clara sobre essas questões. Possíveis razões para esse comportamento são quererem evitar preocupar a família, manter uma imagem de força e evitar ser rejeitadas. A comunicação com o médico ou em grupos poderá ter uma função de catarse importante.

Vários estudos têm procurado formas de aconselhamento individual que podem beneficiar mulheres com CM. A terapia cognitivo-comportamental e intervenções para questões específicas, como lidar com as mudanças na imagem corporal são importantes. Rowland et al. verificaram que a intervenção com sessões de grupo educacionais sobre imagem corporal e sexualidade dirigidas a mulheres com CM melhorou a relação e comunicação com o parceiro e a satisfação sexual (Rowland et al. 2009).

Atualmente, está a ser investigada a hipótese da combinação de terapia cognitivo-comportamental e exercício poder ajudar com os sintomas da menopausa, incluindo problemas com a imagem corporal e função sexual (Fadaei et al. 2011). Essa terapia inclui os seguintes componentes: informação sobre os sintomas de menopausa, monitorização e modificação dos fatores precipitantes, relaxamento e gestão do stress, reestruturação cognitiva de crenças erradas e de pensamentos automáticos, e incentivo de estratégias comportamentais úteis. O relaxamento pode ser feito em casa com CDs áudio. Os programas de exercício físico devem ser individualizados com duração de cerca de três horas por semana (Duijts et al. 2009).

Para as pacientes mais jovens, o apoio de base comunitária, retiros e programas sociais parecem mais interessantes e adequados (Pinto, 2013).

A meditação pela técnica *mindfulness* (terapias que compreendem uma abordagem física e psicológica em simultâneo, que incluem *yoga*, *tai chi chuan*, *pilates*, e *qigong*), tem sido estudada com vários grupos, mas nenhum investigou o seu impacto em problemáticas como as alterações da sexualidade e imagem corporal, ou problemas de relacionamento. Ainda assim, estas intervenções têm ajudado pessoas com doença oncológica a lidar com a ansiedade, depressão, stress e fadiga. Resultados preliminares de um estudo mostraram que a meditação *mindfulness* tem ajudado as mulheres com transtorno de excitação e as mulheres com cancro ginecológico. Embora os resultados do estudo sejam encorajadores, é necessária investigação adicional para abordar o funcionamento sexual (Krychman & Katz, 2012, Stan et al. 2012). Segundo Murthy e Chamberlain, a terapia com *yoga* promete ser uma abordagem eficaz e aceitável para os problemas de saúde sexual depois do CM e do seu tratamento (Murthy & Chamberlain, 2012). Esta forma de intervenção tem como vantagens ser não invasiva e não farmacológica e promover a saúde e o bem-estar.

Outras abordagens

Num estudo feito com mulheres brasileiras mastectomizadas, estas consideraram a religião como sendo o mecanismo mais importante para enfrentar as alterações impostas pela cirurgia, nomeadamente em termos de autoimagem. Em segundo, apareceu a família e apenas 3,4% referiu a autoajuda como mais relevante (Pereira de Godoy et al. 2009).

A dança e a realização de procedimentos estéticos não invasivos provaram ser benéficas para as mulheres com CM. Mulheres que, além do tratamento de rotina, eram integradas em intervenções com dança ou procedimentos estéticos fizeram

melhores avaliações da sua imagem após a intervenção quando comparadas com mulheres que tinham realizado apenas o tratamento médico prescrito (Santos & Vieira, 2011).

Programas já existentes

O programa PYNK (vem de *pink* - cor-de-rosa - com Y de *young*) foi desenvolvido e aplicado no Canadá em 2008, após 4 anos de planeamento, e é direcionado para mulheres com 40 ou menos anos de idade com CM diagnosticado recentemente. Os objetivos do programa eram otimizar as necessidades complexas de cuidados clínicos e de apoio de pacientes jovens com CM e das suas famílias, promover a investigação centrada nas necessidades médicas e psicossociais únicas dessas mulheres, educar as mulheres afetadas, o público em geral e os profissionais de saúde sobre essas questões, de modo a promover a deteção precoce do cancro e um melhor controlo da doente. Para isso, formou-se uma equipa interdisciplinar composta por oncologistas (médicos, cirurgiões e radiologistas), enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, ginecologistas, fisioterapeutas e nutricionistas. As doentes eram vistas em consultas de 30 minutos em que podiam pôr todas as dúvidas. Ao ser um grupo selecionado de mulheres, elas reviam-se umas nas outras ao conversar na sala de espera. O sucesso deste “modelo da sala de espera” deu origem à criação de momentos para reunião destas mulheres, para que pudessem discutir livremente a sua doença e outros assuntos de interesse, bem como a *workshops* sobre sexualidade. Em relação ao apoio psicológico, era feito o *screening* de *distress* emocional antes, durante e após o tratamento com recurso 3 escalas - *Hospital Anxiety and Depression Scale*, *Illness Intrusiveness Rating Scale*, *Impact of Events Scale* - para que pudesse ser implementada uma intervenção adequada. O programa também disponibilizava ajuda especializada para as crianças enquanto as mães iam para as consultas, e livros adequados a cada idade a explicar o que é o cancro. O *follow-up* era igualmente essencial, uma vez que depois do tratamento, voltar à vida anterior sem o apoio frequente dos técnicos de saúde e lidar com o medo da recidiva pode dar origem a ansiedade significativa (Ali & Warner, 2013).

Em 2005, o Dana-Farber/Brigham e Centro de Cancro de Mulheres de Boston, começou o seu Programa de Mulheres Jovens com cancro da mama, um grande programa de assistência integral clínico e psicossocial para as mulheres de idade igual ou inferior a 40 anos com cancro de mama. O programa tem clínica, pesquisa e objetivos educacionais semelhantes aos do programa PYNK (Ali & Warner, 2013).

Conclusão

Sexualidade e imagem corporal são aspetos determinantes da qualidade de vida ainda algo negligenciados, tanto em contexto médico como social. O cancro da mama, por atingir um órgão que é considerado um símbolo de feminilidade e sexualidade, tem um impacto particularmente relevante na mulher a esses dois níveis.

Os estudos revistos neste trabalho demonstram algumas limitações por abordarem a sexualidade e a imagem corporal tendo em conta sobretudo aspetos físicos e da função sexual, que são mais objetivos. Contudo, ainda investigam pouco acerca das dimensões da afetividade e intimidade, mais subjetivas, mais difíceis de avaliar, mas da maior importância para compreender o sofrimento da mulher causado pela experiência do cancro da mama.

Conhecer a doente na sua globalidade, tendo em atenção os fatores médicos, psicossociais e culturais que podem implicar maior vulnerabilidade a estas alterações, são princípios essenciais para uma abordagem e intervenção mais eficazes sobre os efeitos do CM na sexualidade e imagem corporal. Incluir o parceiro durante todo o processo e, mesmo após o final do tratamento, continuar o acompanhamento, eventualmente orientando a mulher e/ou o casal para ajuda especializada (com psicólogos e terapeutas sexuais) é de extrema importância, pois muitas das alterações permanecem ainda por longos períodos de tempo.

Uma conclusão quase transversal aos estudos examinados foi a de que estes assuntos raramente são abordados em consulta. A falta de formação dos profissionais de saúde é apontada como uma das razões para isso. É essencial, portanto, promover uma assistência mais qualificada. A obtenção de conhecimentos sobre estas temáticas pode contribuir para a minimização de posturas inadequadas, quer no plano da educação sexual, quer na deteção de alterações ou de prevenção de eventuais problemas. Para isso, as instituições formadoras precisam comprometer-se a capacitar os alunos de qualquer curso de saúde e profissionais nestas matérias que ainda são algo tabu, nomeadamente incluindo-as na programação curricular (Cesnik & dos Santos, 2012).

Referências:

1. Akkaya N, Atalay NS, SelcukST, Akkaya S, Ardiç F (2011) Impact of Body Image on Quality of Life and Mood in Mastectomized Patients and Amputees in Turkey *Asian Pacific J Cancer Prev*, 12, 2669-2673
2. Alder J, Zanetti R, Wight E, Urech C, Fink N, Bitzer J. (2008) Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role? *J Sex Med.*;5:1898–1906
3. Ali A, Warner E. (2013))pink : Breast Cancer Program for Young Women. *Curr Oncol*;20(1):e34-9.
4. Andersen BL and Jochimsen PR (2009) Sexual Functioning Among Breast Cancer, Gynecologic Cancer, and Healthy Women *J Consult Clin Psychol.* February; 53(1): 25–32.
5. Arroyo JM, López ML (2011) Psychological Problems Derived from Mastectomy: A Qualitative Study *Int J Surg Oncol.* 2011:132461
6. Association AP (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition - Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association editions
7. Bartula I, Sherman KA (2013) Screening for sexual dysfunction in women diagnosed with breast cancer: systematic review and recommendations. *Breast Cancer Res Treat*;141(2):173-85
8. Basson R. (2005) Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*; 172:1327-33
9. Bober SL, Varela VS (2012) Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *J Clin Oncol*;30:3712-9
10. Cavaleiro J, Bittelbrunn AC, Menke CH et al. (2012) Sexual function and chemotherapy in postmenopausal women with breast cancer. *BMC Womens Health*; 12: 28
11. Cesnik VM, Dos Santos MA (2012) Do the physical discomforts from breast cancer treatments affect the sexuality of women who underwent mastectomy? *Rev Esc Enferm USP*;46(4):1001-8.
12. Christie KM, Meyerowitz BE, and Maly RC (2010) Depression and Sexual Adjustment Following Breast Cancer in Low-income Hispanic and non-Hispanic White women. *Psychooncology*; 19(10): 1069–1077.
13. Cohen M, Anderson RC, Jensik K et al (2012) Communication Between Breast Cancer Patients And Their Physicians About Breast-Related Body Image Issues, *Plast Surg Nurs.* 32(3): 101–105

14. Collins KK, Liu Y, Schootman M, Aft R, Yan Y, Dean G, et al. (2011) Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Res Treat.*;126(1):167–76.
15. Den Oudsten BL, Van Heck GL, Van der Steeg AF, Roukema JA, De Vries J. (2010) Clinical factors are not the best predictors of quality of sexual life and sexual functioning in women with early stage breast cancer. *Psychooncology*;19:646–656.
16. Duijts SFA, Oldenburg HSA, Beurden M and Aaronson NK (2009) Cognitive behavioral therapy and physical exercise for climacteric symptoms in breast cancer patients experiencing treatment-induced menopause: design of a multicenter trial. *BMC Womens Health*; 9: 15.
17. Emilee G, Ussher JM, Perz J. (2010) Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*. 2010;66:397–407.
18. Fadaei S, Janighorban M, Mehrabi T, Ahmadi SA, Mokaryan F, Gukizade A. (2011) Effects of cognitive behavioral counseling on body Image following mastectomy. *J Res Med Sci.*;16(8):1047-54.
19. Falk Dahl CA, Reinertsen KV, Nesvold IL, Fosså SD, Dahl AA (2010) A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*. 1;116(15):3549-57
20. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. (2010) Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*;66:397-407
21. Gonçalves CO, Tavares MC, Campana A et al. (2012) Instrumentos para avaliar a imagem corporal de mulheres com câncer de mama. *Psicologia: teoria e prática*, v. 14, n. 2, p. 43-55
22. Pereira de Godoy JM, Da Silva SH, De Fatima Guerreiro Godoy M (2009) Mechanisms used to face difficulties encountered following surgical treatment for breast cancer *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*;12(1):75-6
23. Harirchi I, Montazeri A, Bidokhti FZ et al. (2012) i Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran *J Exp Clin Cancer Res*; 31(1): 20.
24. Krebs LU. (2012) Sexual health during cancer treatment. *Adv Exp Med Biol*;732:61-76
25. Krychman ML, Katz A (2012) Breast cancer and sexuality: multi-modal treatment options. *J Sex Med.*;9(1):5-13
26. Langellier KM, Sullivan CF (1998) Breast talk in breast cancer narratives. *Qual Health Res*;8:76-94.

27. Lenahan PM (2004) Sexual health and chronic illness. *Clinics in Family Practice* 6: 955–973
28. Lewis PE, Sheng M, Rhodes MM, et al (2012) Psychosocial Concerns of Young African American Breast Cancer Survivors *J Psychosoc Oncol.*; 30(2): 168–184.
29. Miller SJ, Schnur JB, Weinberger-Litman SL, Montgomery GH (2013) The relationship between body image, age, and distress in women facing breast cancer surgery. *Palliat Support Care*; 14:1-5.
30. Murthy V, Chamberlain RS (2012) Menopausal symptoms in young survivors of breast cancer: a growing problem without an ideal solution. *Cancer Control*;19(4):317-29.
31. Panjari M, Bell RJ, Davis SR (2011) Sexual function after breast cancer. *J Sex Med*;8:294-302
32. Pinto AC, de Azambuja E (2011) Improving quality of life after breast cancer: dealing with symptoms. *Maturitas*;70:343-8
33. Pinto AC (2013) Sexuality and breast cancer: prime time for young patients. *J Thorac Dis.*; 5(Suppl 1): S81–S86.
34. Rowland J, Meyerowitz BE, Crespi CM, Leedham B, Desmond K, Belin TR, Ganz PA (2009) Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat*;118(1):99-111.
35. Santos DB, Vieira EM (2011) Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura *Ciênc. saúde coletiva* vol.16 no.5 Rio de Janeiro
36. Sbitti Y, Kadiri H, Essaidi, I et al. (2011) Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women's perception. *BMC Womens Health*; 11: 29
37. Schilder, P (1999) *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 3. ed. Sao Paulo: Martins Fontes.
38. Snell L, McCarthy C, Klassen A, et al. (2010) Clarifying the expectations of patients undergoing implant breast reconstruction: a qualitative study. *Plast Reconstr Surg*;126:1825-30
39. Stan D, Collins N, Olsen M (2012) The Evolution of Mindfulness-Based Physical Interventions in Breast Cancer Survivors. *Evid Based Complement Alternat Med.*; 2012: 758641
40. Stan D, Loprinzi C, Ruddy K (2012) Breast Cancer Survivorship Issues. *Hematol Oncol Clin North Am*; 27(4): 805–ix

41. Wang F, Chen F, Huo X et al (2013) A Neglected Issue on Sexual Well-Being following Breast Cancer Diagnosis and Treatment among Chinese Women PLoS One.; 8(9): e74473
42. Webber K, Mok K, Bennett B et al. (2011) If I Am in the Mood, I Enjoy It: An Exploration of Cancer-Related Fatigue and Sexual Functioning in Women with Breast Cancer Oncologist; 16(9): 1333–1344.
43. World Health Organization (2000) The ICD-10 Classification of Mental Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO; p. 150-152
44. World Health Organisation (2006) Sexual and reproductive health, available from http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
45. World Health Organisation (2009) Breast cancer: prevention and control, available from <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index.html>